

0-794696

На правах рукописи



Мельников Алексей Евгеньевич

**СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЙ КЛАСТЕР КАК ФАКТОР  
УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ РЕГИОНА**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством  
(региональная экономика)

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата экономических наук

Пермь 2011

Работа выполнена в ФГБОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет».

**Научный руководитель:** кандидат экономических наук, доцент  
**Молчанова Маргарита Юрьевна** (Россия)  
заведующий кафедрой финансов, кредита и  
биржевого дела Пермского  
государственного национального  
исследовательского университета

**Официальные оппоненты:** доктор экономических наук, профессор  
**Гершанок Геннадий Александрович** (Россия)  
профессор кафедры менеджмента и маркетинга  
Пермского национального исследовательского  
политехнического университета

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КГУ



0000714610

кандидат экономических наук, доцент  
**Молодчик Мария Анатольевна** (Россия)  
доцент кафедры финансового менеджмента  
Пермского филиала ФГАОУ ВПО  
"Национальный исследовательский университет  
"Высшая школа экономики"

**Ведущая организация:** Учреждение Российской академии наук  
Институт экономики Уральского отделения РАН,  
г. Екатеринбург

Защита состоится «30» ноября 2011 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета ДМ.212.189.07 при ФГБОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет» по адресу: 614990, г. Пермь, ул. Букирева, 15, ПГНИУ, зал заседаний Ученого совета.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Пермского государственного национального исследовательского университета. Автореферат размещен на официальном сайте ВАК Министерства образования и науки РФ: <http://vak.edu.gov.ru> и на сайте Пермского государственного национального исследовательского университета [www.psu.ru](http://www.psu.ru)

Автореферат разослан «28» октября 2011 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор экономических наук,  
доцент

Т.В. Миролюбова

## 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В последнее время в России происходит осознание значимости кластерного подхода в решении задач региональной экономики. В большинстве случаев кластеры применяются для решения задач модернизации, технологического развития, реализации инноваций и привлечения инвестиций.

Необходимо отметить, что в современных условиях хозяйствования устойчивое развитие региона ассоциируется со сбалансированным саморазвитием, источником обеспечения которого служит человеческий капитал, сохранение и наращивание которого в настоящее время затруднено. Об этом свидетельствуют демографические процессы, которые характеризуются негативной динамикой коэффициентов рождаемости, младенческой смертности, естественного прироста населения, заболеваемости населения и т.д. В сфере образования наблюдается снижение качества образовательных услуг средних и высших учебных заведений; сокращение доли населения с высшим образованием, особенно сельского. В сфере культуры отмечается смена общественных ценностей, обуславливающая расслоение общества.

Перечисленные факторы свидетельствуют о наличии саморазрушительных процессов в экономике регионов, которые пытаются устранить органы федеральной, региональной и муниципальной власти, однако предпринимаемые ими меры носят локальный и неуниверсальный характер. Кроме того, существуют серьезные проблемы с финансированием развития таких сфер, как здравоохранение, образование и культура, обусловленные их низкой инвестиционной привлекательностью. Отсутствует эффективный мониторинг результативности финансирования, что связано с отсутствием научно обоснованного подхода к оценке социальных инвестиций, отражающей их влияние на экономику регионов.

Указанные проблемы необходимо решать комплексно, а это, в свою очередь, обуславливает необходимость формирования кластеров, функционирование которых нацелено на интенсивное решение социально-экономических проблем региона в целях обеспечения его устойчивого развития.

Степень разработанности проблемы. Вопросы устойчивого развития региона активно обсуждаются в научной литературе. Такие авторы, как Д. Арманд, С. Глазьев, А. Гранберг, В. Данилов-Данильян, Н. Касимов, Р. Кучуков, Ю. Мазуров, Н. Некрасов, Г. Русецкая, А. Савка, В. Смирнов, В. Тикунов и др. понимают устойчивое развитие региона как стабильное состояние территориальных систем и выстраивают свои исследования в рамках потребительского подхода, определяя в качестве основных факторов

рациональное недропользование, экономическую безопасность, конкурентоспособность отраслей, ресурсный потенциал территорий.

Другой группе авторов, в составе которой В. Гребенников, Л. Гринкевич, Б. Есекина, Е. Лазичева, А. Никольский, О. Пчелинцев, Ш. Сапаргали, С. Шаталин и др., ближе воспроизводственный подход, и в качестве приоритетных целей они рассматривают процессы непрерывного роста населения, которые обуславливают саморазвитие региона.

Схожей научной позиции придерживаются представители уральской экономической школы, в составе которой: А. Татаркин, В. Белкин, Е. Козаков, О. Козлова, А. Куклин, Ю. Лаврикова, Ю. Малышев, Ж. Мингалев, Т. Миролюбова, В. Прудский, О. Романова, А. Шеломенцев. Они определяют устойчивое развитие региона через сбалансированное социально-экономическое саморазвитие территории.

Первыми исследователями экономической роли человека стали классики экономической теории и теории капитала, среди которых особо можно отметить Л. Вальраса, К. Маркса, А. Маршалла, Дж. Милля, В. Парето, В. Петти, Ж.-Б. Сея, А. Смита, И. Фишера. Современная теория человеческого капитала развивалась в трудах Г. Беккера, Й. Бен-Порэта, М. Блауга, С. Боулса, Б. Вейсборода, Р. Лейарда, Дж. Минцера, Дж. Псахаропулоса, Ф. Уэлча, Л. Хансена, Б. Чизвика, Т. Шульца и др. Данное неоклассическое направление политэкономии способствовало формированию современной российской школы, идейными вдохновителями которой стали: А. Добрынин, С. Дятлов, И. Ильинский, М. Критский, И. Корогодин, Н. Кошель, Т. Мясоедова, Л. Симкина, И. Скоблякова, В. Смирнов и др. Их исследования касались структуры человеческого капитала и его значимости в экономике страны.

Теоретические и методические аспекты формирования кластеров были освещены такими авторами, как А. Асаул, В. Беспалов, Ю. Винокурова, Л. Дадаев, Е. Здорова, Т. Кузьмина, Ю. Лаврикова, Г. Локтева, В. Макаров, Ю. Малышев, Л. Марков, А. Мигранян, Ж. Мингалев, И. Пилипенко, М. Портер, С. Раевский, Д. Рыгалин, Е. Скуматова, Л. Стеблякова, Н. Трунова, О. Харитонов, М. Ягольницер и др. Однако, их исследования не касаются реализации сетевого взаимодействия организаций в социальной сфере. Особого внимания заслуживает работа академика РАН В. Макарова, посвященная социальному кластеризму, однако в ней автор под кластерами понимает ячейки общества, что соответствует их математическому представлению и противоречит идеям М. Портера.

Вопросами совершенствования системы здравоохранения занимаются многие авторы, среди которых можно отметить О. Александрову, С. Баткибетова, Г. Бирлидиса, Н. Бирюкову, Н. Волкову, Л. Гребешкову, И. Дожину, А. Золотареву, Г. Китову, Е. Костина, Т. Кузнецова, О. Лебединец, Р. Нифантова, И. Рождественскую, С. Синельникова-Мурyleва, Н. Шамшурина, И. Шеймана, С. Шишкина, Е. Щербина и др. Данные авторы занимались изучением экономических вопросов модернизации здравоохранения и

предлагали различные программы совершенствования функционирования медицинских учреждений. В то же время все их исследования касаются снижения инвестиционных затрат на реформирование и повышения результативности отрасли, измеряемой традиционными медицинскими показателями.

Таким образом, обобщение материала по заявленной теме исследования свидетельствует о том, что в настоящее время не представлено комплексного научно обоснованного подхода к обеспечению устойчивого развития регионов, учитывающего значимость и роль человеческого капитала и ориентированного на его сохранение и наращивание в целях обеспечения саморазвития территории. Это определило выбор темы исследования.

**Область исследования.** Результаты исследования соответствуют следующим требованиям Паспорта специальностей ВАК РФ и принадлежат области исследования **научной специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» (раздел 3 «Региональная экономика»):**

- п. 3.10. Исследование традиционных и новых тенденций, закономерностей, факторов и условий функционирования и развития региональных социально-экономических систем;
- п. 3.14. Проблемы устойчивого сбалансированного развития регионов; мониторинг экономического и социального развития регионов.

**Объектом исследования** выступают территориальные социально ориентированные кластеры, созданные в рамках границ субъекта Российской Федерации.

**Предметом исследования** выступают социально-экономические отношения, возникающие по поводу формирования регионального социально ориентированного кластера.

**Цель и задачи исследования.** Целью диссертационной работы является развитие теоретико-методологических основ и методических рекомендаций по формированию регионального социально ориентированного кластера.

Достижение цели определило необходимость постановки и решения следующих задач:

1. Уточнить понятие социально ориентированный кластер, определить его особенности, типы и обосновать его в качестве фактора устойчивого развития региона.

2. Раскрыть методологические положения концепции социально ориентированной кластеризации региона и определить принципы формирования социально ориентированных кластеров в регионах.

3. Предложить методические рекомендации по формированию и оценке результативности функционирования социально ориентированного кластера здоровья.

4. Разработать организационно-экономическую модель социально ориентированного кластера здоровья.

Теоретико-методологическую основу диссертационного исследования составляют достижения научной мысли отечественных и зарубежных ученых, классиков теорий общественного развития и экономики; прикладные работы по проблеме; современные институциональные теории, концепции человеческого развития, теория человеческого капитала, теория социального рыночного хозяйства, теория регионального развития.

Для решения поставленных задач использовались обобщение и систематизация статистической информации, методы социально-экономического анализа, общенаучные методы - эмпирико-теоретические (статистическое измерение, систематизированное описание) и логико-теоретические (сравнительный, исторический и системный анализ), математические методы (формализация, моделирование и т.д.).

Информационную базу диссертации составили официальные данные Госкомстата РФ и Министерства здравоохранения Пермского края, экономико-статистические данные международных организаций, экспертные оценки специализированных экономических институтов, результаты социологических исследований. В ходе проведения исследования использовались размещенные в научной и периодической печати, в том числе на интернет-сайтах, публикации отечественных и зарубежных авторов, собственные разработки и расчеты автора.

**Основные защищаемые положения и их научная новизна.** В процессе исследования получены лично автором следующие теоретические и методические результаты, определяющие научную новизну и являющиеся предметом защиты:

1. Обосновано, что одним из факторов устойчивого развития региона выступает социально ориентированный кластер, под которым понимается региональная система взаимодействующих и взаимодополняющих организаций, обеспечивающая улучшение состояния социальной сферы и оказывающая непосредственное воздействие на сохранение и интенсивное наращивание источников сбалансированного социально-экономического саморазвития территории. Автором определены идентификационные особенности социально ориентированного кластера и предложена типология, основными критериями которой стали принцип формирования, этапы оборота и структура человеческого капитала, а также развитие потенциала населения (пункты 3.10, 3.14 специализации «Региональная экономика» специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» Паспорта специальности ВАК РФ).

2. Разработаны методологические положения концепции социально ориентированной кластеризации региона и определены принципы формирования социально ориентированных кластеров, основными из которых стали: приоритетность качества человеческого капитала, адаптивность, частно-государственное партнерство, социальная ответственность, реальность, комплексность, ориентация на результат (пункт 3.10 специализации

*«Региональная экономика» специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» Паспорта специальностей ВАК РФ).*

3. Предложены методические рекомендации по формированию социально ориентированного кластера и разработан инструментарий комплексной оценки его результативности, который позволяет идентифицировать экономический эффект от снижения потерь здоровья и смертности населения, полученный в условиях функционирования кластера (пункты 3.10, 3.14 специализации «Региональная экономика» специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» Паспорта специальностей ВАК РФ).

4. Разработана организационно-экономическая модель социально ориентированного кластера здоровья, позволяющая определить его функции и обозначить институциональный контур его функционирования (пункт 3.10 специализации «Региональная экономика» специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» Паспорта специальностей ВАК РФ).

**Теоретическая и практическая значимость исследования** определяется возможностью использования предлагаемого научного подхода к формированию социально ориентированного кластера для определения направлений совершенствования региональной политики в сфере здравоохранения, образования и культуры.

Рекомендации, выработанные в ходе исследования, могут быть использованы:

- органами государственного управления федерального уровня при определении приоритетных направлений совершенствования системы здравоохранения;
- органами государственной власти субъектов федерации в разработке стратегий и программ социально-экономического развития регионов;
- научными организациями, занимающимися проблемами устойчивого развития регионов, в процессе подготовки программ социально-экономического развития территорий;
- вузами и иными учебными заведениями в процессе преподавания спецкурсов и разработке таких дисциплин, как «Региональная экономика и управление», «Современные тенденции в развитии и управлении экономикой», «Экономика здравоохранения».

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Теоретико-методологические положения исследования использованы при разработке концепций Программ социально-экономического развития Пермского края, а также курса лекций по дисциплинам «Бюджетная система РФ», «Государственные и муниципальные финансы», «Финансовые основы местного самоуправления» в ФГБОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет». Методические рекомендации использованы Агентством по управлению учреждениями здравоохранения Пермского края при уточнении программ совершенствования управления государственными учреждениями здравоохранения Пермского края, а также Администрацией г.

Перми при оптимизации схем взаимодействия медицинских учреждений. Внедрение результатов исследования подтверждено соответствующими актами и справками.

Основные теоретические результаты исследования были представлены: на Всероссийском симпозиуме по региональной экономике (Екатеринбург, Институт экономики УрО РАН, 2011); на IX Всероссийской конференции молодых ученых (Екатеринбург, Институт экономики УрО РАН, 2011); на VI Международной научно-практической конференции «Современный финансовый рынок Российской Федерации» (Пермь, 2008); на V Международной научно-практической конференции «Современный финансовый рынок Российской Федерации» (Пермь, 2007); на IV Международной научно-практической конференции «Современный финансовый рынок Российской Федерации» (Пермь, 2006); на Всероссийской научно-практической конференции «Современный финансовый рынок Российской Федерации» (Пермь, 2005).

**Публикации.** Результаты исследований отражены в 10 публикациях общим объемом 3,5 п.л., в том числе 2,9 авторских п.л., из них 2 работы в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией («Журнал экономической теории», «Вестник Пермского университета. Экономика»).

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы из 140 наименований; изложена на 166 страницах машинописного текста, включающего 38 таблиц и 9 рисунков; 4 приложения.

*Во введении* обоснована актуальность темы исследования, сформулированы цель и задачи, определены объект и предмет исследования, обозначена научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы.

*В первой главе* «Теоретические основы формирования социально ориентированных кластеров региона» рассмотрена сущность устойчивого развития региона, выделены основные подходы к его обеспечению и механизмы реализации. Обоснована необходимость формирования социально ориентированного кластера на базе анализа эволюции понимания человеческого капитала и выделения микроэкономического, макроэкономического и социально-экономического подходов. Предложено определение социально ориентированного кластера, его особенности и типология. Определены методологические положения социально ориентированной кластеризации и обозначены методологические подходы к формированию кластера здоровья, знания и культуры.

*Во второй главе* «Методический подход к формированию регионального социально ориентированного кластера» даны методические рекомендации по формированию социально ориентированного кластера, предложена его организационно-экономическая модель, перечислены институциональные преобразования, необходимые для реализации кластера и определены основные



функции. Раскрыта методика оценки результативности функционирования кластера, инструментом которого выступает оценка качества капитала здоровья населения.

*В третьей главе* «Обоснование формирования социально ориентированных кластеров в сфере здравоохранения на территории Пермского края» представлена экспертная оценка ожидаемой результативности функционирования кластера, обуславливающая правомерность предложенных организационных мероприятий. Сделана оценка качества капитала здоровья, которая позволяет выявить территории, требующие срочного создания кластера здоровья. Раскрыты основные направления развития социально ориентированной региональной кластерной политики, учитывающие активную роль региональных органов власти.

*В заключении* сформулированы основные выводы и результаты исследования.

## 2. ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Обосновано, что одним из факторов устойчивого развития региона выступает социально ориентированный кластер, под которым понимается региональная система взаимодействующих и взаимодополняющих организаций, обеспечивающая улучшение состояния социальной сферы и оказывающая непосредственное воздействие на сохранение и интенсивное наращивание источников сбалансированного социально-экономического саморазвития территории. Автором определены идентификационные особенности социально ориентированного кластера и предложена типология, основными критериями которой стали принцип формирования, этапы оборота и структура человеческого капитала, а также развитие потенциала населения.

Проблематика устойчивого развития региона активно обсуждается в научной литературе, однако общепринятой дефиниции самого понятия не сложилось. Автор согласен с мнением тех авторов, которые определяют его как *сбалансированное социально-экономическое саморазвитие территории, под которым понимается реализация способности региона равновесно и относительно самостоятельно поддерживать процессы экономического и социального роста.*

Систематизация современных теорий регионального развития позволила автору выделить пять основных подходов к его обеспечению (рис. 1).

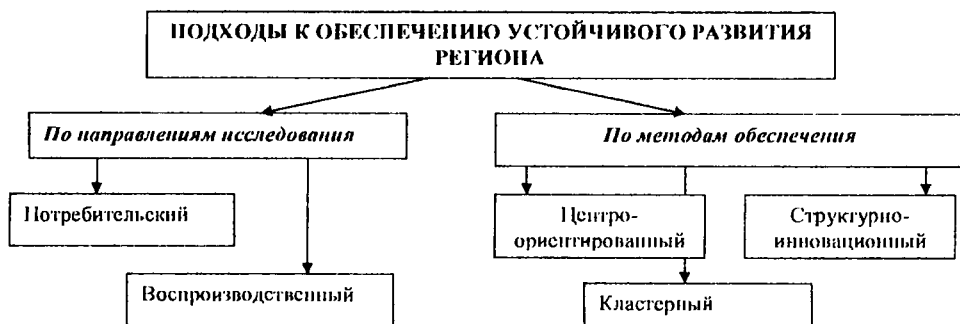


Рисунок 1. Подходы к обеспечению устойчивого развития региона

Учитывая достоинства и недостатки каждого подхода, а также условия хозяйствования, характерные для российской реальности, автор пришел к

выводу, что устойчивое развитие региона должно базироваться на социально-производственном подходе, основным методическим инструментом которого выступают кластеры социальной сферы. Такая научная позиция обуславливает необходимость формирования социально ориентированного кластера и рассмотрение его как современного фактора устойчивого развития региона.

Автор под социально ориентированным кластером понимает региональную систему взаимодействующих и взаимодополняющих организаций, обеспечивающую улучшение состояния социальной сферы и оказывающую непосредственное воздействие на сохранение и интенсивное наращивание источников сбалансированного социально-экономического саморазвития территории.

Особенности социально ориентированного кластера представлены в (табл.1).

Таблица 1 Особенности социально ориентированного кластера

<i><b>Критерий идентификации</b></i>	<i><b>Социально ориентированный кластер</b></i>	<i><b>Другие кластеры</b></i>
<i><b>Цель функционирования</b></i>	Повышение качества социальных услуг	Повышение качества продукции, конкурентоспособности предприятия, инвестиционной привлекательности отрасли и т.д.
<i><b>Значимость человеческого фактора</b></i>	Национальное богатство территории со своими традициями и культурой	Производительные силы и трудовой потенциал
<i><b>Вид воздействия на человеческий капитал</b></i>	Воспроизводящий и формирующий	Использующий
<i><b>Рыночная ориентация</b></i>	Внутренняя	Внешняя и внутренняя
<i><b>Инновации</b></i>	Социальные, технологические и организационно-управленческие	Маркетинговые, продуктовые, технологические и организационно-управленческие
<i><b>Инвестиции</b></i>	Социальные (в человека и инфраструктуру)	Реальные, прямые, портфельные, спекулятивные
<i><b>Финансирование</b></i>	Государственное, частно-государственное партнерство	Корпоративное, иностранное, частно-государственное партнерство
<i><b>Достижение устойчивости развития региона</b></i>	Через повышение качества капиталов здоровья, знаний и культуры населения	Через повышение качества продукции (услуг) и рост конкурентоспособности предприятий, отрасли и т.д.
<i><b>Целевой эффект</b></i>	Социально-экономический	Экономический

С позиции реализации кластерного подхода к обеспечению устойчивого развития региона в качестве структурных элементов человеческого капитала,

выступающего источником сбалансированного саморазвития, автор выделяет капитал здоровья, знания и культуры, поскольку они непосредственно используются в хозяйственной практике и влияют на экономические результаты деятельности предприятий. Каждый из этих капиталов является источником обеспечения устойчивого развития территории, а его формирование и развитие служит целью функционирования социально ориентированного кластера.

Автором разработана типология социально ориентированного кластера, основными критериями которой стали: принцип формирования, этапы оборота и структура человеческого капитала, развитие потенциала населения (рис.2).

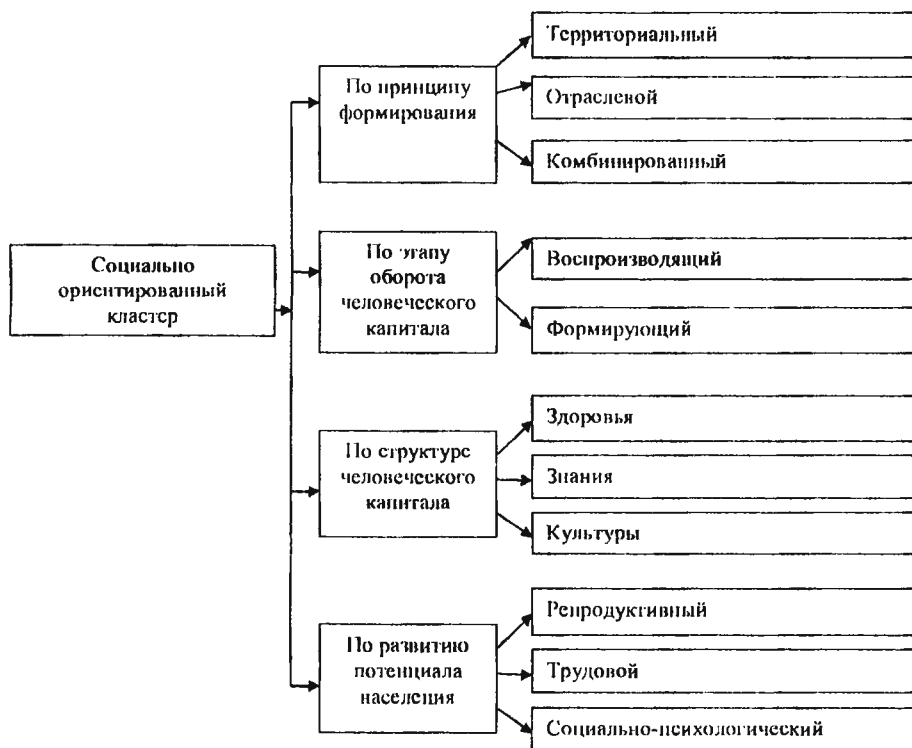


Рисунок 2. Типология социально ориентированного кластера

Данная типология позволяет выбрать основные направления совершенствования социально-экономической политики и определить реализацию приоритетных кластеров социальной сферы, исходя из особенностей и проблем развития региональной экономики.

2. Разработаны методологические положения концепции и определены принципы формирования социально ориентированных кластеров, основными из которых стали: приоритетность качества человеческого капитала, адаптивность, частно-государственное партнерство, социальная ответственность, реальность, комплексность, ориентация на результат.

Концепция формирования социально ориентированных кластеров преследует две основные цели. Первая связана с сохранением воспроизводственных процессов человеческого капитала через улучшение социально-экономических условий жизни населения (увеличение душевого ВВП, продолжительности и качества жизни, качества здравоохранения и т.д.). Вторая касается эффективного формирования человеческого капитала через повышение интеллектуального и культурного потенциала населения (увеличение числа учебных заведений, продолжительности и вариативности обучения, поддержка научных исследований) и совершенствование социально-психологического потенциала общества (духовно-нравственное совершенствование личности, формирование адекватной ценностной системы у общества и государства) (рис. 3).

Данные цели определили следующие основные методологические положения по обеспечению устойчивого развития в аспекте формирования социально ориентированных кластеров.

1. Осознание того, что основной движущей силой регионального развития является социально ориентированная экономика.

2. Необходимость учета интересов и удовлетворения потребностей населения.

3. Обеспечение сбалансированного развития региона возможно за счет создания социально ориентированных кластеров.

4. Выделение приоритетных видов социально ориентированных кластеров и механизмов их взаимодействия требует учета территориальной специфики.

5. Для обеспечения саморазвития региона необходимо комплексное развитие населения.

6. Социальная справедливость должна быть устойчивой.

Таким образом, данные положения определяют методологический подход к социально ориентированной кластеризации регионов, основными элементами которой являются кластеры здоровья, знания и культуры.

Данные методологические положения, позволяют идентифицировать следующие принципы формирования социально ориентированных кластеров.

## Основные элементы социально ориентированной кластеризации региона

### Стратегические цели

Сохранение воспроизводственных процессов человеческого капитала через улучшение социально-экономических условий жизни населения

Эффективное формирование человеческого капитала через повышение интеллектуального и культурного потенциала населения, а также совершенствование социально-психологического потенциала общества

### Кластеры и основные участники

Кластер здоровья, кластер знания и кластер культуры

Объекты: индивид и общество в целом  
Субъекты: федеральные, региональные, муниципальные органы управления, отрасли социальных услуг

### Методы

Экономические

Организационно-  
административные

Социально-  
психологические

Нормативно-правовые

Институциональные

### Сфера реализации

Экономическая политика в сферах:  
здравоохранения, образования, культуры

Социальная политика, обеспечивающая разработку социальных программ, гарантирующих необходимые условия жизни, адресную социальную помощь и социальное право (защита свобод и прав личности)

### Результаты

Рост качества капитала здоровья, капитала знаний и капитала культуры населения

Рисунок 3. Основные элементы концепции социально ориентированной кластеризации региона

*Принцип «приоритетности качества человеческого капитала»* предполагает определение экономической роли населения как важнейшего источника развития всех сфер социально-экономической деятельности региона.

*Принцип «частно-государственного партнерства»* связан с необходимостью и возможностью вовлечения в процесс разработки и реализации политики социально ориентированной кластеризации представителей органов государственной власти, министерств и ведомств региона, предприятий и организаций различных отраслей и сфер деятельности.

*Принцип адаптивности* характеризует необходимость учета появления новых проблем в развитии социально-экономических процессов в целом и в управлении качеством жизни; гибкого реагирования на происходящие изменения во внутренней и внешней средах региона, постоянного развития и совершенствования.

*Принцип социальной ответственности и полномочий* отражает необходимость четкого определения ответственных за разработку и реализацию кластерной экономической и социальной политики, а также разграничение соответствующих полномочий.

*Принцип реальности* означает необходимость учета социально-экономической ситуации в регионе, перспектив ее развития, имеющихся возможностей и ограничений при разработке механизмов реализации социально ориентированных кластеров.

*Принцип комплексности* тесно увязан с принципом партнерства и означает взаимосвязь политики региона, ориентированной на повышение качества жизни населения, с различными направлениями его социально-экономической политики.

*Принцип ориентации на результат* предполагает возможность определения качественной и количественной оценки тех изменений, которые должны произойти в ходе реализации политики по основным параметрам капитала здоровья, капитала знаний и капитала культуры.

Представленные выше принципы универсальны и могут быть применены при формировании как какого-либо одного кластера (здоровья, знания, культуры), так и в целом для организации экспансии социально ориентированной кластеризации в регионах России.

**3. Предложены методические рекомендации по формированию социально ориентированного кластера и разработан инструментальный комплексной оценки его результативности, который позволяет идентифицировать экономический эффект от снижения потерь здоровья и смертности населения, полученный в условиях функционирования кластера.**

По мнению автора, необходимость формирования социально ориентированных кластеров вызвана, с одной стороны, существенно

преувеличенной ролью материального богатства, с другой - тем, что конечные человеческие потребности существования сводятся к нематериальному обогащению, основу которого составляет долгая и здоровая жизнь, приобщение к культуре и науке, сохранение природной среды и жизнь в единении с нею.

Поэтому в рамках концепции социально ориентированной кластеризации региона автор на примере кластера, основной целью функционирования которого является сохранение и наращивание капитала здоровья, предлагает следующие рекомендации по его формированию (рис. 4).

*1. Определение миссии, стратегической цели и задач, разработка организационно-экономической модели кластера.* В качестве миссии автор предлагает обозначить формирование и развитие человеческого капитала путем улучшения здоровья и формирования здорового образа жизни населения. Тогда стратегическая цель будет заключаться в *повышении качества и доступности медицинской помощи*. Что касается задач, то они должны быть представлены на двух уровнях:

- *задачи кластера на уровне хозяйствующих субъектов* (создание глубоких кооперационных связей между медицинскими организациями региона; формирование общей культуры оказания медицинской помощи; повышение медицинско-технологического уровня участников кластера на основе доработки систем менеджмента качества до требований международных стандартов и использования новейших технологий в профильной области, усиление инновационной активности участников кластера и др.);

- *задачи кластера на территориальном уровне* (повышение эффективности функционирования системы здравоохранения; обеспечение доступности и качества медицинской помощи; своевременное предупреждение болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний).

Разработка организационно-экономической модели должна проходить с учетом возможного потока пациентов, потребности в диагностических услугах на региональном и муниципальном уровне, спектра необходимых медицинских исследований, особенностей транспортной инфраструктуры.

*2. Выбор участников кластера на основе определения критериев отбора, учитывающих адаптационный потенциал совместного взаимодействия.* Очень важным является достижение общего понимания всех участников кластера по ключевым вопросам, которые необходимо решить. Определение этих вопросов осуществляется путем проведения совместных семинаров и встреч.

*3. Разработка непосредственного плана действий.* Целями этого этапа служат: определение желаемых результатов; определение необходимых ресурсов; определение того, кто в кластере имеет необходимые специализированные навыки, контакты, знание и может быть вовлечен в ведение отдельных проектов. Этот план действий является не списком пожеланий, а четким



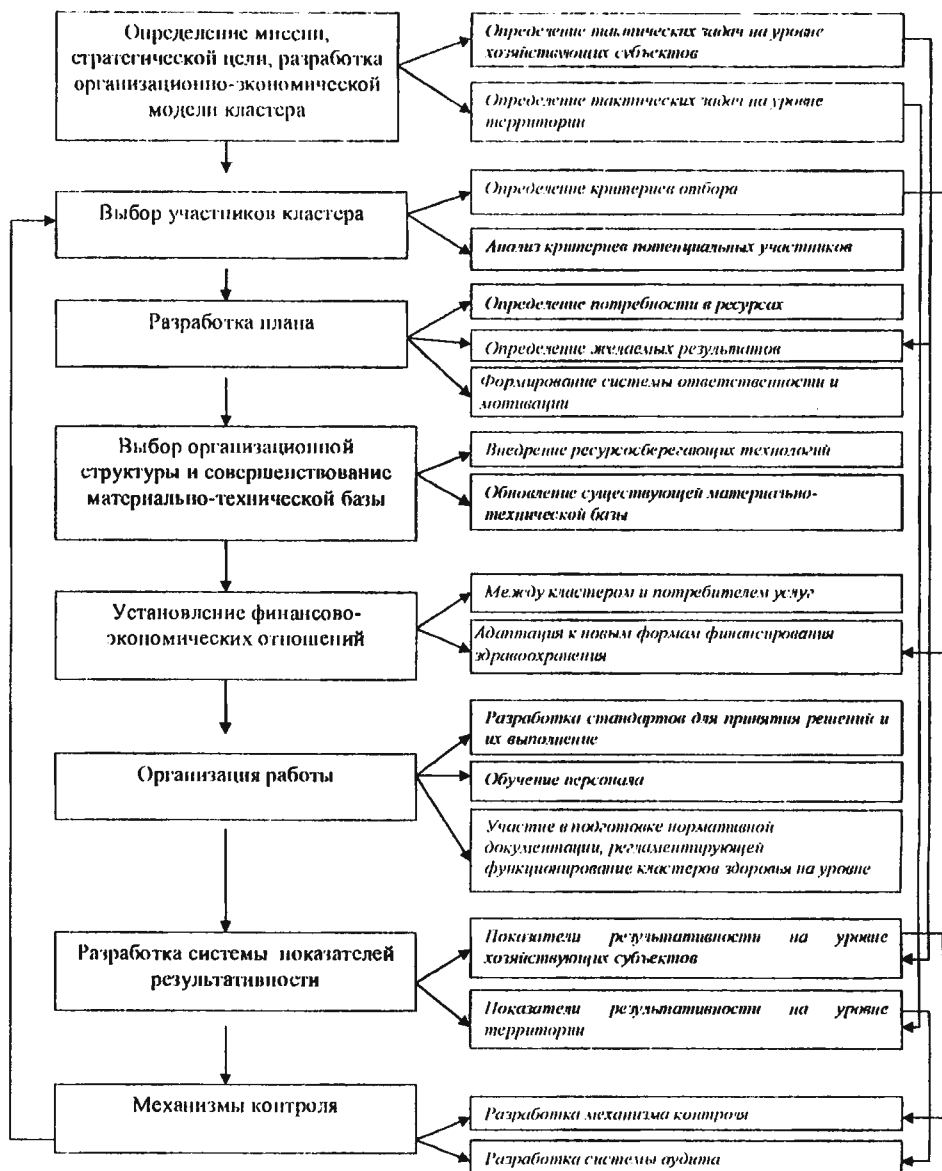


Рисунок 4. Принципиальная схема формирования социально ориентированного кластера здоровья

перечнем действий, которые должны быть описаны и выполняться всеми заинтересованными сторонами.

*4. Выбор организационной структуры и совершенствование материально-технического обеспечения инфраструктуры.* Выбор организационной структуры с обоснованием количества учреждений здравоохранения, входящих в сеть и образующих ядро кластера, должен проходить в соответствии с утвержденной номенклатурой, включая медицинские организации различных форм собственности и ведомственной принадлежности.

Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений и внедрение ресурсосберегающих технологий необходимо осуществлять в соответствии с численностью и составом населения территории, а также с учетом структуры его заболеваемости и смертности населения конкретной территории.

*5. Установление финансово-экономических отношений между участниками кластера, а также необходимо предусмотреть возможность адаптации к новым методам и правилам государственного финансирования медицинских учреждений (потенциальное ядро кластера).* Для выполнения первой части этапа достаточно выбрать и согласовать договоры, контракты и соглашения, регламентирующие финансово-экономические отношения внутри кластера.

Для выполнения второй части необходимо продумать механизм формирования цен на медицинские услуги на основе тарифов, обеспечивающих рентабельность медицинских учреждений и соответствие стоимости услуги уровню оказываемой медицинской помощи. Таким образом, кластерная сеть лечебных организаций будет обладать конкурентными преимуществами в борьбе за размещение государственного заказа и высоким адаптационным потенциалом к новым возможным методам финансирования.

*6. Организация функционирования всех участников кластера.* Повышению качества медицинской помощи будет способствовать внедрение единой системы стандартизации медицинской помощи и осуществление перехода от содержания лечебно-профилактических учреждений на принципы финансирования медицинской помощи по объему и качеству ее оказания, вне зависимости от места ее предоставления. Для этого необходимо разработать и утвердить:

- структурно-организационные стандарты, включая паспорта учреждений здравоохранения, требования к организации и табели оснащения;
- технологические стандарты оказания медицинской помощи населению;
- нормативное правовое, методическое и информационно-аналитическое обеспечение кластера.

Для повышения доступности и качества оказываемой населению высокотехнологичной медицинской помощи необходима также подготовка и повышение квалификации медицинских работников, а также согласованная модернизация образовательного процесса в учебных заведениях медицинского

профиля. Таким образом, в рамках кластера необходимо обеспечить взаимодействие вузов, выпускающих специалистов соответствующего профиля, и лечебных учреждений, обеспечивающих их занятость.

7. *Идентификация целевых показателей кластерной результативности.* В данном случае возможны два вида результативности: первый с позиции хозяйствующего субъекта, другой с позиции устойчивого развития территории. Оценка первой (внутренней) результативности может базироваться на таких показателях, как: объем параклинических исследований; объем занимаемых площадей в ЛПУ; количество проводимых посещений, пациенто-поток; количество занятых штатных единиц; количество койко-дней; зависимость по показателям (поликлиника, стационар); количество оборудования (с разбивкой по группам); норматив исследований; количество фактических исследований; уровень загрузки оборудования.

Для оценки второй (внешней) результативности автор предлагает применять комплексный подход и использовать интегрированный показатель качества капитала здоровья, предполагающий оценку значимости ущерба, наносимого экономике территории в результате потери здоровья и смертности населения. Так, качество капитала здоровья может быть определено по формуле:

$$KKЗ = Э_{\text{и}} / Z_1, \quad (1)$$

где  $Э_{\text{и}}$  - экономия от снижения ущерба, наносимого смертностью, заболеваемостью и инвалидностью;  $Z_1$  - затраты на функционирование кластера.

$$Э_{\text{и}} = L_{t-1} - L_t, \quad (2)$$

где  $L_t$  и  $L_{t-1}$  - экономический ущерб, наносимый смертностью, инвалидностью и заболеваниями в настоящий и предшествующий период соответственно.

Для оценки экономии от снижения ущерба необходимо рассчитать сам ущерб от потерь здоровья, наступления смертности и инвалидности.

$$L_t = M_t + D_t + I_{\Sigma}, \quad (3)$$

где  $M_t$  - экономический ущерб в результате смертности населения всех возрастов в году  $t$ ;  $I_{\Sigma}$  - суммарный экономический ущерб от заболеваемости населения в году  $t$ ;  $D_t$  - суммарный ущерб, обусловленный инвалидностью населения в году  $t$ .

Инструментарий оценки ущерба, наносимого смертностью, инвалидностью и заболеваемостью, представлен в (табл. 2).

Таблица 2 Оценка экономического ущерба от смертности, инвалидности и заболеваний населения

Экономический ущерб	Экономический ущерб от		
	смертности	инвалидности	заболеваемости
Экономический ущерб	$M_i = \sum_{j=1}^n M_{ij} \cdot \theta_i \cdot G_i$	$D_i = \sum_{j=1}^n D_{ij} \cdot \theta_i \cdot G_i$	$I_{ji} = I_{j11} + I_{ji}$
Возраст наступления			
менее 18 лет	$M_{ij} = P_{ij} \cdot n_{ij} \cdot VRP_i \cdot S_i$	$D_{ij} = n_{ij} \cdot [(Z'_i + PN_{ij}) \cdot (i-j) + (VRP_i \cdot S_i)]$	$I_{j11} = n_{ij} \cdot (VRP_i + B_i \cdot Z_i)$
18-55 лет женщины, 18-60 лет мужчины	$M_{ij} = P_{ij} \cdot n_{ij} \cdot VRP_i \cdot (i_{pens} - i)$ Если умершие были кормильцами семей, то $M_{ij} = P_{ij} \cdot n_{ij} \cdot (VRP_i \cdot K_i) \cdot (i_{pens} - i)$	$D_{ij} = n_{ij} \cdot [(Z'_i + PN_{ij}) \cdot (i_{gr} - i) + VRP_i \cdot (i_{pens} - i)]$	$I_{ji} = \sum_{j=1}^m I_{ji}$ или $I_{ji} = \sum_{j=1}^m I_{ji}$
более 55 лет женщины, более 60 лет мужчины	Для неработающего населения: $M_{ij} = P_{ij}$ Для работающего населения: $M_{ij} = P_{ij} \cdot n_{ij} \cdot VRP_i$	$D_{ij} = n_{ij} \cdot (Z'_i + PN_{ij}) \cdot (G_i - i)$	
Комментарии к формулам	$M_{ij}$ - экономический ущерб в результате смерти n числа людей в возрасте i в году t; $VRP_i$ - валовой региональный продукт на одного занятого в экономике в году t; $S_i$ - средний трудовой стаж; $P_{ij}$ - стоимость лет, потерянных в результате смерти n числа людей в возрасте i в году t, равная $P_{ij} = n_{ij} \cdot C_i \cdot (G_i - i)$ ; $n_{ij}$ - число умерших в возрасте i в году t; $C_i$ - стоимость одного статистического года; $i$ - возраст умерших людей, где $i_{pens}$ - возраст выхода на пенсию; $K_i$ - размер годовых выплат семье в связи с потерей кормильца в году t.	$D_{ij}$ - экономический ущерб в результате полной нетрудоспособности n числа людей, признанных инвалидами в возрасте i в году t; $n_{ij}$ - численность признанных полностью нетрудоспособными инвалидами в возрасте i в году t; $Z'_i$ - средняя величина затрат на лечение и на уход за инвалидом в течение 1 года в году t; $PN_{ij}$ - среднегодовая пенсия по инвалидности в году t; $i$ - возраст признания полной нетрудоспособности (инвалидности); $S_i$ - средний трудовой стаж; $G_i$ - ожидаемая продолжительность жизни	$B_i$ - выплаты по больничному листу в течение года в году t; $Z_i$ - средняя величина затрат на лечение одного больного в течение года в году t; $n_{ij}$ - численность лиц, условно отсутствующих на работе в течение года в году t; $n_{ij} = N_i / 365$ , где $N_i$ - абсолютное число дней временной нетрудоспособности в году t; $I_{ji}$ - экономический ущерб, обусловленный заболеваемостью j-м заболеванием в году t, равный сумме ущербов от заболевания n данным заболеванием в каждом возрасте - $I_{ji} = \sum_{j=1}^n I_{ji}$ $i$ - возраст (возрастная группа), $j$ - const; $I_{ji}$ - экономический ущерб от общей заболеваемости для возраста i в году t, равный сумме ущербов от заболевания n каждым заболеванием в данном возрасте - $I_{ji} = \sum_{j=1}^m I_{ji}$ $i$ - const

Тогда для оценки качества капитала здоровья необходимо оценивать его уровень путем соотношения полученного значения показателя со значением данного показателя в предыдущем периоде. При этом устойчивое развитие будет характеризоваться положительной динамикой изменения данного показателя.

8. *Разработки механизмов контроля и аудита результативности.* Для реализации данных управленческих функций необходимо также распределить ответственность за достижение (недостижение) запланированных показателей. Результатом данного этапа будет не только повышение качества медицинских услуг и качество капитала, но и принятие решения о добавлении или вывода участников из состава кластера.

Предложенные методические рекомендации по формированию кластера здоровья носят универсальный характер, т.е. могут быть применены для любого социально ориентированного кластера с небольшим уточнением отраслевых особенностей и показателей результативности.

Кроме того, предложенный автором инструментарий результативности функционирования кластера может быть также использован при выявлении проблемных территорий, требующих незамедлительного создания кластера здоровья. Так, проведенная оценка качества капитала здоровья населения Пермского края, основные результаты которой представлены в таблице 3, позволила выявить ряд территорий, требующих незамедлительного совершенствования оказания медицинских услуг и формирования социально ориентированных кластеров, охватывающих их население, а именно: г. Александровск, г. Кизел, г. Чусовой, г. Кудымкар, а также районы: Березовский, Большесосновский, Еловский, Ильинский, Карагайский, Кишертский, Красновишерский, Октябрьский, Ординский, Оханский, Соликамский, Суксунский, Уинский, Чердынский, Косинский, Кочевский.

**4. Разработана организационно-экономическая модель социально ориентированного кластера здоровья, позволяющая определить его функции и обозначить институциональный контур формирования ядра кластера.**

В качестве ядра кластера здоровья автор предлагает сеть взаимодействующих организаций здравоохранения: поликлиника, параклинический центр, скорая медицинская помощь, стационар и санаторий, модель взаимодействия которых представлена на рис.5.

Особая роль здесь отведена параклиническому центру, обеспечивающему установление достоверного диагноза и определяющему стратегии лечения пациентов на амбулаторном этапе в кратчайшие сроки. Для выполнения этих функций необходимо, чтобы он интегрировал в себе диагностические центры с межрайонной направленностью во взаимодействии с амбулаторно-

специализированными центрами с сохранением зон обслуживания. Тогда это приведет к рациональному распределению диагностических исследований по объемам, установленным программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, обеспечению установленного порядка направления пациентов на обследование.

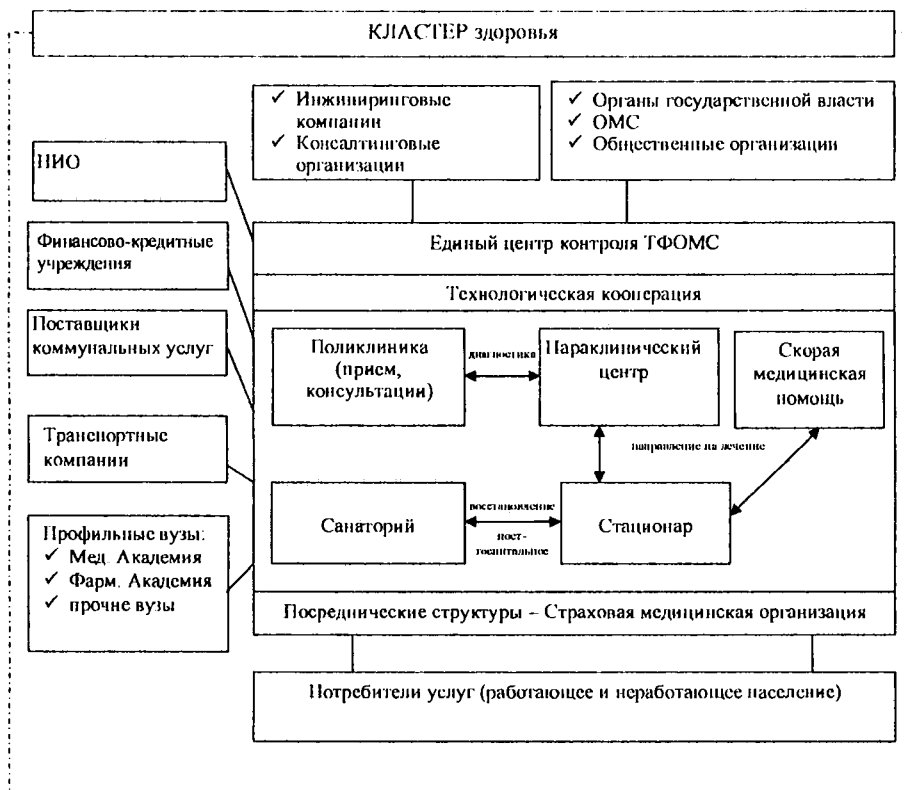


Рисунок 5. Организационно-экономическая модель социально ориентированного кластера здоровья

Особого внимания также заслуживает тот факт, что сосредоточение современного медицинского оборудования по основным направлениям диагностики в одном месте позволит: экономить ограниченные средства региональных и местных бюджетов за счет сокращения необоснованных поставок приборов в районы с малой плотностью населения; сократить сроки обследования; выявлять патологии на ранних стадиях; снижать уровень заболеваемости и инвалидности. За счет концессионных соглашений

уменьшится расходование бюджетных средств, так как за счет средств концессионера будет производиться замена морально и физически устаревшего диагностического оборудования. Выбор адекватного технологического обеспечения позволит оптимально сбалансировать возможности бюджета, концессионера и населения в реализации нормативно-публичных обязательств региона в сфере здравоохранения. Таким образом, концессионные соглашения являются институциональным контуром формирования ядра кластера здоровья.

Таким образом, реализация организационно-экономической модели кластера здоровья позволит выполнять ему такие функции, как:

1) воспроизводящая и формирующая - повышающая уровень здоровья населения;

2) балансирующая - снижающая диспропорции возможностей населения удовлетворять потребности в получении медицинских услуг;

3) правовая – обеспечивающая гарантированные конституцией права на получение бесплатной медицинской помощи;

4) консультационная – презентующая новые методы лечения и диагностики, а также новые подходы к сохранению здоровья;

5) экономическая – минимизирующая затраты и повышающая качество капитала здоровья, а также развивающая частно-государственное партнерство и стимулирующая инвестиционную привлекательность отрасли;

6) инновационная – обеспечивающая внедрение нового оборудования, технологий, методов лечения, а также взаимодействие с ведущими российскими научно-исследовательскими организациями при разработке новых лекарственных препаратов;

7) социальная – предоставление рабочих мест высококвалифицированным кадрам и высокого уровня заработной платы.

В качестве базовых экономических результатов реализации авторской модели социально ориентированного кластера выступают: усиление и оптимизация организации взаимодействия медицинских учреждений, являющихся участниками кластера, снижение затрат на финансирование здравоохранения, обеспечение доступности и повышение качества оказываемых услуг населению.

Таблица 3 Качество капитала здоровья населения Пермского края 2009 – 2010 гг.

Наименование городов и районов	Экономический ущерб, наносимый смертностью, инвалидностью и заболеваемостью, млн. руб.												Качество капитала здоровья населения Пермского края	
	2008				2009				2010				2009	2010
	Инвалидность	Смертность	ВУТ	Всего	Инвалидность	Смертность	ВУТ	Всего	Инвалидность	Смертность	ВУТ	Всего		
г. Пермь	16 844	35 577	1,14	52 421,60	15 664	33 259	1,01	48 924,07	15 747	28 856	0,76	44 603,04	0,2964	0,2485
г. Александровск	625	2 354	0,10	2 979,23	480	1 745	0,08	2 225,10	596	1 775	0,05	2 371,16	0,0445	-0,0084
г. Березники	2 733	7 180	0,34	9 913,26	2 677	5 597	0,27	8 273,65	2 699	5 178	0,12	7 876,85	0,0968	0,0228
г. Гремячинск	321	955	0,01	1 276,22	269	801	0,01	1 069,57	321	701	0,01	1 022,45	0,0122	0,0027
г. Губаха	1 574	3 504	0,03	5 078,88	1 119	2 813	0,08	3 931,74	1 100	2 453	0,08	3 552,92	0,0677	0,0218
г. Кизел	795	2 410	0,05	3 205,39	594	1 944	0,05	2 537,90	636	2 232	0,04	2 868,26	0,0394	-0,0190
г. Краснокамск	1 623	3 567	0,13	5 189,59	1 446	2 935	0,14	4 381,12	1 549	2 790	0,11	4 338,81	0,0477	0,0024
г. Кунгур	1 072	3 518	0,17	4 590,32	983	3 096	0,13	4 079,55	1 096	2 698	0,08	3 793,92	0,0301	0,0164
г. Лысьва	2 050	4 667	0,14	6 717,58	1 949	3 638	0,12	5 586,57	2 095	3 278	0,11	5 372,55	0,0667	0,0123
г. Соликамск	1 616	5 325	0,33	6 941,76	1 677	4 335	0,19	6 011,49	1 833	3 874	0,20	5 706,58	0,0549	0,0175
г. Чайковский	1 469	4 144	0,13	5 612,95	1 604	3 772	0,12	5 376,24	1 641	3 295	0,09	4 936,52	0,0140	0,0253
г. Чусовой	1 540	3 991	0,08	5 530,60	1 321	3 096	0,06	4 417,25	1 311	3 113	0,07	4 424,04	0,0657	-0,0004
р. Бардымский	441	1 639	0,08	2 079,74	493	1 523	0,08	2 016,03	422	1 180	0,05	1 601,40	0,0038	0,0238
р. Березовский	301	620	0,03	921,01	387	674	0,04	1 060,41	424	715	0,03	1 139,05	-0,0082	-0,0045
р. Большеземельский	321	609	0,02	930,52	222	524	0,01	746,47	399	775	0,02	1 173,57	0,0109	-0,0246
р. Верещагинский	667	2 299	0,07	2 965,88	724	2 149	0,08	2 873,45	773	1 921	0,08	2 694,34	0,0055	0,0103
р. Горнозаводский	594	2 097	0,07	2 691,36	537	1 554	0,05	2 090,73	505	1 230	0,03	1 735,19	0,0354	0,0204
р. Добрянский	1 041	3 084	0,11	4 125,63	1 154	2 909	0,11	4 062,90	1 143	2 499	0,09	3 642,47	0,0037	0,0242
р. Еловский	270	756	0,02	1 026,58	235	552	0,02	787,23	298	703	0,02	1 000,71	0,0141	-0,0123
р. Ильинский	398	1 077	0,02	1 475,17	498	1 232	0,02	1 730,39	503	1 215	0,02	1 718,02	-0,0151	0,0007
р. Карагайский	459	960	0,01	1 419,01	438	923	0,03	1 361,27	485	1 197	0,03	1 681,84	0,0034	-0,0184



Продолжение Таблицы 3

р. Кишертский	374	1 130	0,02	1 504,73	265	811	0,02	1 076,60	329	851	0,01	1 180,01	0,0253	-0,0059
р. Кудинский	588	1 770	0,04	2 358,01	588	1 678	0,04	2 266,57	535	1 437	0,03	1 972,54	0,0054	0,0169
р. Кунгурский	947	2 396	0,06	3 343,58	982	2 223	0,07	3 204,76	992	1 927	0,03	2 919,17	0,0082	0,0164
р. Красновишерский	593	1 831	0,09	2 423,87	576	1 417	0,07	1 993,35	668	1 504	0,06	2 171,77	0,0254	-0,0103
р. Нытвенский	980	2 652	0,09	3 631,79	1 087	2 230	0,07	3 316,91	975	2 023	0,06	2 997,52	0,0186	0,0184
р. Октябрьский	642	2 183	0,03	2 824,73	511	1 400	0,07	1 910,84	678	1 614	0,07	2 291,60	0,0539	-0,0219
р. Осинский	492	1 718	0,07	2 209,73	667	1 515	0,07	2 181,75	531	1 075	0,03	1 606,60	0,0017	0,0331
р. Ординский	268	903	0,04	1 171,18	305	818	0,04	1 122,18	407	888	0,04	1 294,90	0,0029	-0,0099
р. Оханский	384	1 087	0,02	1 470,79	248	832	0,02	1 079,54	344	943	0,02	1 287,01	0,0231	-0,0119
р. Очерский	674	1 169	0,05	1 842,69	533	1 137	0,06	1 669,53	529	1 075	0,04	1 603,87	0,0102	0,0038
р. Пермский	1 856	4 802	0,14	6 658,24	1 781	3 820	0,10	5 601,35	2 059	2 867	0,09	4 926,21	0,0624	0,0388
р. Сивинский	283	1 013	0,03	1 296,61	373	768	0,02	1 140,94	355	745	0,02	1 099,84	0,0092	0,0024
р. Соликамский	875	1 505	0,04	2 380,54	633	1 324	0,03	1 957,62	871	1 134	0,01	2 004,61	0,0250	-0,0027
р. Суксунский	498	1 108	0,03	1 606,72	390	763	0,02	1 152,63	434	758	0,02	1 192,23	0,0268	-0,0023
р. Усольский	364	987	0,02	1 350,40	298	677	0,02	974,64	265	609	0,01	873,46	0,0222	0,0058
р. Уинский	209	485	0,01	694,09	226	557	0,01	782,77	234	555	0,01	788,82	-0,0052	-0,0003
р. Частинский	201	718	0,03	918,58	255	664	0,03	919,29	282	723	0,03	1 004,88	0,0000	-0,0049
р. Чердынский	772	2 408	0,05	3 179,52	554	2 029	0,03	2 583,09	571	2 103	0,03	2 673,33	0,0352	-0,0052
р. Чернушинский	1 066	2 469	0,11	3 535,46	1 049	2 116	0,09	3 164,48	1 001	1 908	0,08	2 909,03	0,0219	0,0147
г. Кудымкар	752	2 189	0,09	2 941,16	570	1 507	0,08	2 077,25	621	1 519	0,06	2 140,32	0,0510	-0,0036
р. Кудымкарский	701	2 652	0,04	3 353,22	701	2 006	0,03	2 707,42	647	1 544	0,02	2 191,11	0,0381	0,0297
р. Гайнский	307	1 176	0,04	1 482,72	284	882	0,03	1 166,24	278	888	0,02	1 165,98	0,0187	0,0000
р. Косинский	184	324	0,01	507,95	132	308	0,00	439,98	173	422	0,01	594,29	0,0040	-0,0089
р. Кочевский	270	656	0,02	926,29	236	702	0,01	937,44	221	525	0,01	746,03	-0,0007	0,0110
р. Юрлинский	303	997	0,02	1 300,05	297	661	0,02	958,28	264	716	0,01	979,15	0,0202	-0,0012
р. Юсьвинский	489	2 010	0,05	2 498,95	402	1 917	0,04	2 318,72	523	1 865	0,03	2 387,39	0,0106	-0,0039
Пермский край (всего)	51 837	132 673	4,32	184 513,96	48 425	113 828	3,77	162 257,63	50 386	103 892	2,96	154 281,44	1,3134	0,4587

*Публикации в журналах ВАК*

1. Мельников А.Е. Теоретико-методологические подходы к обеспечению устойчивого развития региона // Журнал экономической теории. - 2011. - №3. С. 198 – 201. – 0,2 п.л.
2. Мельников А.Е., Молчанова М.Ю. Финансовые основы реформирования амбулаторно-поликлинических учреждений // Вестник Пермского университета. Экономика. - 2011. – Вып. 2(9). – С. 70-78. – 0,6 п.л. (авт. 0,3 п.л.).

*Публикации в сборниках научных трудов*

3. Мельников А.Е. К вопросу о новых направлениях реализации государственной политики в области регионального здравоохранения // Материалы I Всероссийского симпозиума по региональной экономике. - Том 2. Институты регионального инновационного развития. Институты саморазвития территорий разного уровня. Современная государственная региональная политика. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2011. – 282 с. – С. 234 – 236. – 0,2 п.л.
4. Мельников А.Е. Региональные аспекты формирования кластеров в системе здравоохранения // Труды IX Всероссийской конференции молодых ученых. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2011. – 411 с. – С. 312 – 317. – 0,3 п.л.
5. Мельников А.Е., Молчанова М.Ю. Модернизация отношений местных органов власти с муниципальными учреждениями здравоохранения // Вестник Пермского университета. Политология. - 2008. – Вып. 2(4). – С. 163 – 169. – 0,5 п.л. (авт. 0,2 п.л.).
6. Мельников А.Е. Эффективность функционирования медицинских учреждений в условиях конкуренции // Современный финансовый рынок РФ: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. (25 апреля 2008 г., Пермь)/ Перм. гос. ун-т. - Пермь, 2008. 382 с.: ил. – С. 39 – 42. – 0,2 п. л.
7. Мельников А.Е. Эффективность и экономность использования бюджетных средств в сфере здравоохранения. // Актуальные проблемы формирования механизма функционирования финансового рынка РФ: сб. науч. Ст./Перм. ун-т. – Пермь, 2007. - Вып. 3. – 196 с.: ил. С. 72 – 81. – 0,6 п.л.
8. Мельников А.Е. Управление государственной собственностью и бюджетным сектором// Современный финансовый рынок РФ: материалы Междунар. науч.-практ. конф. (17 мая 2007 г., г. Пермь)/Перм. ун-т. - Пермь, 2007. – 337 с.: ил. – С. 44 – 49. – 0,4 п.л.
9. Мельников А.Е. Эффективность бюджетных расходов в форме социальных трансфертов // Современный финансовый рынок РФ: материалы Междунар. науч.-практ. конф. (13 – 14 апреля 2006 г., г. Пермь)/Перм. ун-т. - Пермь, 2006. – 416 с. – С. 38 – 40. – 0,2 п. л.
10. Мельников А.Е. Эффективность и экономность расходования бюджетных средств// Современный финансовый рынок РФ: материалы Всерос. науч.-практ. конф. (14 апреля 2005 г., г. Пермь)/Перм. ун-т. - Пермь, 2005. – 288 с. – С. 28 – 32. – 0,3 п.л.



162